

DISSERTATION

N° 101.

MÉDICO-CHIRURGICALE

SUR LES MALADIES

DE L'APPAREIL EXCRÉTEUR DES LARMES,

DANS LAQUELLE ON PROPOSE L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT POUR

LE TRAITEMENT DE LA FISTULE LACRYMALE, D'APRÈS

UN PROCÉDÉ DE L'AUTEUR;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 16 juin 1826, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR L. TIMOLÉON TAILLEFER, de Domme,

Département de la Dordogne,

Ex-Élève des hôpitaux et de l'École pratique.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1826.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	MESSIEURS
Anatomie.....	CRUVEILHIER.
Physiologie.....	DUMÉRIL, <i>Examineur.</i>
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN fils, <i>Suppléant.</i>
Histoire naturelle médicale.....	CLARION.
Pharmacologie.....	GUILBERT.
Hygiène.....	BERTIN.
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN.
	{ ROUX, <i>Président.</i>
Pathologie médicale.....	{ FIZEAU.
	{ FOUQUIER.
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	DÉSORMEAUX, <i>Examineur.</i>
Clinique médicale.....	{ CAYOL.
	{ LAENNEC.
	{ LANDRÉ-BEAUVAIS.
	{ RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale.....	{ BOUGON.
	{ BOYER.
	{ DUPUYTREN, <i>Examineur.</i>
Clinique d'accouchemens.....	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS	MESSIEURS
ARVERS.	MAISONNABE, <i>Examineur.</i>
BRESCHET.	MOREAU.
CAPURON.	MURAT.
CHOMEL.	PARENT DU CHATELET.
CLOQUET aîné.	PAVET DE COURTEILLE.
COUTANCEAU.	RATHEAU.
DE LENS.	RICHARD.
GAULTIER DE CLAUERY.	RULLIER.
GÉRARDIN.	SÉGALAS.
GUERSENT, <i>Examineur.</i>	SERRES.
JADIOUX, <i>Suppléant.</i>	THÉVENOT.
KERGADEG.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR

DISSERTATION

DE SAINT-ALLAIS.

DES MALADIES

DE L'APPAREIL EXCRETEUR DES LARMES

PAR M. LAMBERT, ENTIENDEUR, CHIRURGIEN DU NITRATÉ D'ARGENT POUR
LE TRAITEMENT DE LA CATARACTE EN VITRÉAL, PARIS
ET DE L'OPHTHALMIE EN GÉNÉRAL.

*Hommage de respect, de reconnaissance et du plus vif
attachement.*

Le style est simple, sans affectation, sans recherche, sans pompe, sans pointes, sans ornements, sans affectation, sans recherche, sans pompe, sans pointes, sans ornements.

Les points lacrymaux sont les orifices extrêmes des conduits lacrymaux : en nombre de deux, situés, l'un à la paupière supérieure, l'autre à la paupière inférieure, à leur réunion vers l'angle nasal. Ils s'ouvrent dans une petite cavité, le lacrymal, la cavité lacrymale, placée au-dessous de l'orbite, perpendiculairement en haut, pour se couler naturellement en bas et se déverser dans le conduit lacrymal inférieur, d'un bord horizontal, rampant un peu, s'élève avec le supporteur du globe oculaire en une espèce de sautoir, se rendant sous l'arc d'une ligne d'arc, s'élève dans une cavité, au-dessus du globe oculaire, pour se rendre dans la cavité lacrymale. Leur orifice est à peu près le même, cependant celui de l'inférieur est plus grand que celui de l' supérieur, on en a vu d'autres qui n'en ont pas.

L.-T. TAILLEFER.

A MONSIEUR

DE SAINT-ALLAIS.

Hommage de respect, de reconnaissance et du plus vif
attachement.

L. T. TAILLEUR.

DISSERTATION

MÉDICO-CHIRURGICALE

SUR LES MALADIES

DE L'APPAREIL EXCRÉTEUR DES LARMES

DANS LAQUELLE ON PROPOSE L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT POUR
LE TRAITEMENT DE LA FISTULE LACRYMALE, D'APRÈS
UN PROCÉDÉ DE L'AUTEUR.

L'APPAREIL excréteur des larmes se compose des points lacrymaux, de leurs conduits, du sac lacrymal et du canal nasal.

Les points lacrymaux sont les orifices externes des conduits lacrymaux ; au nombre de deux ; situés, l'un à la paupière supérieure, l'autre à la paupière inférieure, à leur réunion vers l'angle nasal. Ils s'ouvrent dans une papille conique blanche. Le conduit lacrymal supérieur se dirige d'abord perpendiculairement en haut, puis se courbe brusquement en bas et en dedans. Le conduit lacrymal inférieur, d'abord horizontal, remonte un peu, s'accole avec le supérieur, ou s'unit avec lui de manière à ne former qu'un seul conduit long d'une ligne, et qui s'ouvre dans le sac lacrymal un peu audessous de son milieu. Une muqueuse blanchâtre les tapisse. Leur calibre est à peu près le même ; cependant celui de l'inférieur paraît avoir plus de capacité, et d'après sa situation, on est en droit de croire qu'il doit porter

une plus grande quantité de larmes dans le sac lacrymal. Celui-ci a la forme d'une poche oblongue logée dans la gouttière lacrymale. En avant, sa paroi est adhérente à une expansion aponévrotique renforcée par le tendon de l'orbiculaire. Cette aponévrose est tendue sur la gouttière ; de sorte que les parois du sac ne se touchent ni dans l'état de plénitude, ni dans l'état de vacuité. La partie supérieure du sac a un diamètre plus étendu que la partie inférieure qui se confond avec la gouttière lacrymale. Celle-ci n'est que le commencement du canal nasal dont la formation résulte de l'union de plusieurs os. Il est formé, en dehors, en devant et en dedans, par la rainure qu'on remarque à la partie postérieure de l'apophyse montante du maxillaire. En arrière et un peu en dedans, il est formé par l'unguis, en bas et en dedans par le cornet inférieur. Ce conduit offre une courbure dont la convexité est antérieure, soit dans l'état sec, soit dans l'état mou, et son ouverture inférieure est dirigée vers le pharynx. Le sac lacrymal et le conduit nasal sont tapissés par une muqueuse analogue à la pituitaire pour le canal nasal, mais d'un tissu plus serré pour le sac lacrymal, quoique son analogie avec la muqueuse nasale soit évidente. L'une et l'autre sont garnies de rides et d'un grand nombre de follicules ; ces muqueuses sont doublées d'un tissu cellulaire filamenteux qui adhère au périoste.

Cette description de l'appareil des larmes, que j'ai extraite des travaux des anatomistes, m'a paru incomplète. Cela vient sans doute de ce qu'ils ne l'ont point envisagé d'une manière spéciale, comme on peut le faire dans une dissertation sur cet objet.

J'ai donc préparé cet appareil sur vingt pièces différentes. C'est à l'instigation de M. *Amusat*, habile anatomiste, à la bienveillance duquel je me plais à rendre hommage, que j'ai entrepris ce travail. Voici ce que j'ai observé. La hauteur du sac, son diamètre transversal, la couleur de la muqueuse, m'ont paru variables. J'ai vu le sac ne présentant que l'apparence de la partie supérieure du canal nasal ; quelquefois présentant trois lignes de diamètre sur quatre à cinq de hauteur. La muqueuse m'a paru quelquefois pâle, souvent

rosée ; quelquefois elle avait l'apparence fibreuse. Le canal est long de quatre à cinq lignes ; son diamètre est fort variable. Sur vingt cas , j'en ai vu quinze fois présentant l'étendue d'une demi-ligne, mais livrant facilement passage à un fort stylet. Sur les cinq cas restans , le diamètre était d'une ligne. J'ai remarqué que la muqueuse était molle dans les quinze premiers cas , et ferme , pâle et moins épaisse dans les cinq restans. L'ouverture inférieure du canal nasal m'a constamment présenté une espèce de valvule en diaphragme percé d'un trou dont l'étendue et la situation varient beaucoup. Sur les vingt cas cités , j'ai trouvé un diaphragme à concavité en bas , situé au sommet de la voûte formée par le cornet et le maxillaire , et dans laquelle voûte s'ouvre le canal nasal. Ce diaphragme était percé d'une ouverture d'une ligne et demie , et correspondant à l'axe du canal. Sur les dix-neuf cas restans , j'ai encore trouvé deux diaphragmes semblables , à l'exception du diamètre de l'ouverture qui avait moins d'une ligne. Les dix-sept cas restans m'ont présenté un diaphragme dont l'ouverture presque imperceptible m'a paru placée six à sept fois de manière à correspondre à l'axe du canal nasal. Je l'ai trouvée cinq à six fois sur la paroi du maxillaire , presque au niveau du plancher des fosses nasales. Enfin , dans les cas qui restent au nombre de deux ou trois , l'ouverture imperceptible était un peu en arrière. Enfin , j'ai observé deux fois la disposition suivante du cornet inférieur. Sa paroi touchait presque celle du maxillaire , et sa crête le plancher des fosses nasales. J'insiste sur cette disposition , sur laquelle j'aurai occasion de revenir au sujet du cathétérisme du canal nasal par son ouverture inférieure. Je veux parler aussi d'une valvule fort extraordinaire que j'ai rencontrée deux fois sur les cas que j'ai cités. Elle s'attachait en haut au-dessous de la gouttière lacrymale , dans l'espace qui sépare l'unguis du maxillaire : elle avait la longueur de deux lignes , et était terminée par deux ou trois petits tendons qui allaient aboutir à la partie de la muqueuse qui correspond à la rainure du maxillaire. Sa disposition était telle , que les larmes devaient sourdre entre les petits tendons , et qu'un liquide injecté par l'ouverture inférieure du canal , n'aurait pu pénétrer dans

le sac , l'impulsion du liquide faisant relever la valvule. Cette disposition me parut fort normale , et j'avais conçu l'espoir de la rencontrer dans chaque canal nasal ; mais j'ai été trompé dans mon attente.

Les larmes sont le fluide sécrété par la glande lacrymale. Elles sont destinées à rendre les mouvemens de l'œil plus faciles.

Une grande partie des larmes est enlevée par l'évaporation atmosphérique , l'autre est conduite dans les fosses nasales qu'elles lubrifie. Toutes les stimulations portées sur l'œil , sur l'organe de l'odorat , activent la sécrétion des larmes. Il en est de même des stimulations éloignées qui semblent agir sympathiquement. On doit ranger dans la même classe certaines sensations qui produisent le même effet. La composition des larmes éprouve quelquefois des modifications. Ainsi on les voit acquérir une âcreté qui produit la vésication des parties qu'elles touchent. L'analyse chimique n'a pas éclairé sur la nature de ce mode d'action que l'on a observé dans quelques autres fluides de l'économie.

Mon intention est de m'occuper de maladies plus précises , et dont le symptôme commun est un dérangement dans l'excrétion des larmes. Ces lésions peuvent siéger sur les points lacrymaux , sur leurs conduits , dans le sac lacrymal , ou dans le canal nasal. La première affection de ce genre qui se présente est l'épiphora.

L'épiphora est le symptôme commun de tous les obstacles qui peuvent déranger ou empêcher le cours des larmes dans leurs conduits. Il résulte de là que l'épiphora n'est jamais essentiel , mais toujours symptomatique ; mais , quelle qu'en soit la cause , il est toujours constitué par l'accumulation des larmes au-devant du globe de l'œil , et par leur écoulement involontaire et continu sur la joue. Cet état gêne la vision à cause de la réfraction qu'éprouvent les rayons lumineux , en traversant le milieu de ce fluide qui est plus dense que celui du fluide atmosphérique. Lorsque l'épiphora n'est pas continu , il dépend d'une sécrétion de larmes trop abondante , provoquée par une stimulation locale ou sympathique sur la glande lacrymale. Dans

ce cas, les points lacrymaux ne peuvent donner passage à ce produit trop abondant d'une sécrétion inaccoutumée.

L'épiphora continuë est le symptôme d'une lésion siégeant sur les points lacrymaux ou leurs conduits, dans le sac lacrymal ou le canal nasal. Ainsi une inflammation de la conjonctive qui se propage jusqu'à la muqueuse des conduits lacrymaux peut provoquer leur obstruction par l'épaississement de cette membrane. L'épiphora peut être déterminé par la cicatrice d'un bouton variolique siégeant sur les points lacrymaux. Il peut dépendre d'une tumeur développée dans la paupière et qui comprime les conduits lacrymaux. Il peut résulter d'un ectropion, ou renversement de la paupière inférieure, qui donne au point lacrymal inférieur une direction qui nuit à ses fonctions. Enfin, l'une de ses causes les plus constantes, est la tumeur lacrymale dont nous nous occuperons plus tard.

L'épiphora étant toujours symptomatique, c'est contre la cause qui le produit qu'on doit diriger son traitement. Lorsqu'il dépend d'une inflammation, les antiphlogistiques locaux, les révulsifs sont à leur place selon les indications qui peuvent exister. On y joint les injections par les points lacrymaux avec la seringue d'*Anel*. Le liquide qui sert à les faire doit varier selon les indications; mais on doit toujours avoir la précaution de le filtrer à cause de la ténuité du siphon de la seringue. Dans le cas de cicatrice d'un bouton variolique siégeant sur les points lacrymaux, ou d'une obstruction complète de ces conduits dépendant d'une cause quelconque, le premier but qu'on se propose est de les dilater. On y introduit un stylet délié qu'on remplace par une corde à boyau très fine. Mais il est des cas où cette introduction est impossible. Pour y remédier, *Alex. Monro* avait proposé d'exciser le sac extérieurement, et de faire passer une aiguille garnie d'un fil par l'endroit présumé qu'occupaient les conduits lacrymaux. L'opération faite, on laissait le fil en forme de sétou. Cette opération n'a jamais réussi; il en est de même de l'excision du sac à sa partie postérieure, qui fut pratiquée par *Ant. Petit*. Serait-il possible de porter une canule sur la

moitié postérieure de l'unguis, derrière le sac lacrymal, et au moyen d'un stylet rouge produire une ouverture avec perte de substance qui resterait peut-être fistuleuse? et si l'on craignait son oblitération, ne pourrait-on pas introduire dans l'ouverture une canule à double plaque que sa forme rendrait immuable? Quant à la plaque destinée à correspondre au globe de l'œil, on lui donnerait la forme la moins susceptible de le gêner dans ses mouvemens. Si le développement d'une tumeur comprime les points lacrymaux, cette tumeur doit être extirpée de suite. Si l'ectropion déterminait l'épiphora, on exciserait la muqueuse qui recouvre la paupière, et le point lacrymal se redresserait avec elle. Lorsque l'épiphora dépend d'une lésion dont le siège est dans le canal nasal, il est compliqué de tumeur lacrymale, dont je vais m'occuper.

La tumeur lacrymale est constituée par l'accumulation des larmes dans le sac lacrymal. Elle se présente sous la forme d'une tumeur oblongue, fluctuante, indolente, sans changement de couleur à la peau, sans augmentation de chaleur. La disposition anatomique du sac lui donne une forme particulière. C'est un étranglement dans son milieu, occasionné par le tendon de l'orbiculaire qui n'obéit pas à la dilatation comme les parois du sac lacrymal. Le volume de la tumeur est plus considérable le matin que le soir; car l'atmosphère absorbe moins de larmes la nuit que le jour, les paupières étant closes, et la quantité de calorique que renferme l'atmosphère étant moins considérable. Doit-on ajouter que la situation horizontale du conduit nasal pendant le décubitus, est moins propre à livrer passage aux larmes que la situation perpendiculaire qu'il a ordinairement dans l'état de veille. Dans les cas de tumeur lacrymale, les glandes de *Meibomius* sont prises d'une inflammation sympathique qui active leur sécrétion. Aussi les paupières sont souvent collées et chassieuses. La narine du côté affecté est plus sèche que la narine correspondante, car la première n'est plus lubrifiée par les larmes. Telle est la tumeur lacrymale dans son état de simplicité. Ce qui semble difficile à déterminer, c'est que les parois peu extensibles

du sac lacrymal , dont la résistance est augmentée par le tendon de l'orbiculaire , puissent obéir à une pareille dilatation , d'autant plus que les conduits lacrymaux ne me paraissent pas pouvoir jouir d'une force contractile assez considérable , pour absorber une quantité de larmes telle que la dilatation du sac en résulte. D'ailleurs , a-t-on jamais vu des fibres musculaires sur les points et les conduits lacrymaux ? L'analogie seule peut en faire admettre , et d'ailleurs , tout en l'admettant , ne pourrait-on pas dire que cette contractilité est puissamment aidée par ce phénomène qu'on observe en hydraulique à l'égard des tubes capillaires. En effet , quand on les plonge perpendiculairement dans un liquide , on voit celui-ci remonter dans leur intérieur. N'en serait-il pas de même pour les conduits lacrymaux , dont la direction est perpendiculaire pour une partie du conduit supérieur , et oblique en haut pour la moitié de l'inférieur qui s'ouvre dans le sac lacrymal. Cette opinion paraît plus vraisemblable encore , quand on considère que les points lacrymaux ont une consistance cartilagineuse qui rend leurs parois immobiles ; d'où il résulte qu'aucune force contractile ne peut agir sur eux. Il existe encore un second phénomène fort surprenant : c'est celui de la dilatation des parois du sac. Il se trouve énoncé d'une manière fort précise dans cette autre loi d'hydraulique : *Un liquide qui est versé dans une cavité par un conduit d'un diamètre donné , agit avec la même force sur tous les points de cette cavité , dont le diamètre est égal à celui du canal qui lui donne passage , de sorte que la force d'impulsion se trouve répétée autant de fois que le diamètre du conduit efférent est lui-même renfermé dans la capacité du sac auquel il s'abouche.* (Dict. des Sc. méd.)

Les larmes accumulées dans leur réservoir agissent d'abord comme moyen mécanique , puis subissent des altérations qui fournissent un nouvel aliment à l'irritation que produit déjà la compression. Le principe le plus abondant des larmes , l'eau est absorbée ; la stagnation les rend plus acres. Pourquoi les parties salines ne formeraient-elles pas des concrétions ? D'ailleurs *Callisen* et *Sandifort* en rapportent

des exemples. Le sac lacrymal irrité sécrète à son tour des mucosités. Les points lacrymaux admettent le *flux palpébral puriforme*, résultat de l'irritation sympathique de la conjonctive et des glandes de *Meibomius*. Lorsque la tumeur lacrymale est dans cet état, le globe de l'œil commence à devenir douloureux. Si l'on comprime la tumeur, il sort par les points lacrymaux des larmes dans leur état naturel. Une seconde compression fait sortir un fluide onctueux et purulent. Dans des cas fort rares et très-favorables, une partie du fluide sort par le nez. Un tel état peut subsister fort long-temps et même toute la vie; mais il arrive aussi que la tumeur perd son caractère d'indolence, qu'elle devient rouge, douloureuse, détermine une ophthalmie, des maux de tête, de la fièvre. Cette phlogose peut céder aux antiphlogistiques, et l'état de tumeur simple peut reparaître. Mais souvent il reste un noyau d'engorgement, présage d'une nouvelle inflammation, qui se termine par suppuration. Lorsque le sac n'a point subi d'érosion pendant cette inflammation, l'abcès qui en résulte se désigne sous le nom d'*anchilops*; si l'érosion a eu lieu et que la fistule subsiste, il y a *ægilops*. Cette fistule peut avoir une ouverture simple ou multiple siégeant au-dessous ou au-dessus du tendon de l'orbiculaire. Ses bords peuvent devenir calleux; l'intérieur du sac peut offrir des fongosités; enfin la carie peut exister sur l'unguis, sur l'ethmoïde et l'apophyse montante du maxillaire, et dans des cas fort rares dont parle *Scarpa*, la fistule est interne sans lésion à la peau, et dépend de la carie de l'unguis qui donne passage aux larmes.

La fistule lacrymale n'est donc que la suite immédiate de la tumeur ulcérée. Les auteurs ont beaucoup varié sur les causes de cette maladie. On s'accorde pourtant à admettre l'épaississement de la membrane muqueuse, suite de son inflammation; un boursoufflement, un état molasse assez commun aux muqueuses. Ces deux états peuvent résulter de coryzas idiopathiques, ou résultans de la variole, de la rougeole, de l'habitude du tabac. Ils peuvent résulter d'ophtalmies simples ou d'ophtalmies scrophuleuses, herpétiques, etc., etc. Il

peut exister une cause plus mécanique : ce sont des mucosités épaissies qui s'arrêtent dans la partie moyenne du canal nasal. Enfin, une fracture, une exostose, un polype qui comprime le cornet inférieur, sont des causes du même genre. *Scarpa* attribue exclusivement la fistule lacrymale à l'affection du sac lacrymal, affection qui dépend, selon lui, de la *perversion* de l'humeur onctueuse, sécrétée par les glandes de *Meibomius*, et portée dans le sac lacrymal par les points lacrymaux. C'est ce qu'il désigne sous le nom de *flux palpébral puriforme*. Le nom même de *Scarpa* n'a pu protéger cette théorie de la tumeur et de la fistule lacrymales, que la plupart des chirurgiens n'admettent pas, ou n'admettent que dans un petit nombre de cas.

L'anatomie pathologique du canal nasal, après la fistule lacrymale, est peu riche en faits ; encore, parmi les cas observés, faut-il faire la part des altérations produites par le mode de traitement employé. Cependant on a généralement observé que la muqueuse était rouge, boursoufflée, offrant des granulations éparses d'où la pression faisait sortir un liquide puriforme ; enfin, dans presque tous les cas, l'épaississement de la muqueuse avait fait disparaître le diamètre du canal.

Le pronostic de la tumeur et de la fistule lacrymale n'offre aucun danger ; mais ces maladies sont au nombre de celles dont la guérison n'est presque jamais spontanée.

Dans le traitement de la tumeur lacrymale simple, dois-je faire mention de la compression que les anciens employaient, et pour l'exécution de laquelle les auteurs ont employé divers appareils ingénieux ? En l'examinant sous les rapports de ses résultats, que nous offre-t-elle ? La tumeur reparaissait si l'on discontinuait la compression ; ou bien si l'adhésion des parois du sac était obtenue, la guérison de la tumeur était suivie d'une épiphora incurable, plus incommode qu'elle. Les moyens que l'on prescrit de nos jours, sont des bains locaux avec un liquide émollient, répété plusieurs fois par jour ; quelques sangsues appliquées à diverses reprises le long du canal nasal. *M. Paris* a rapporté plusieurs exemples de tumeurs lacry-

males guéries par ce moyen à une époque où l'opération seule paraissait pouvoir en débarrasser. La clinique de M. *Béclard* a fourni la même preuve. On doit employer les fumigations émollientes, les révulsifs, quand ils couviennent, et tels que le vésicatoire, le séton à la nuque, les dérivatifs sur le canal intestinal. J'arrive aux injections avec la seringue d'*Anel*, et au cathéterisme avec son stylet, que l'on est peut-être étonné de ne pas trouver en première ligne parmi les moyens thérapeutiques; c'est qu'en effet je les trouve fort incertains. Les injections ont pour but, ou de désobstruer le canal, ou de porter dans le sac un liquide variable, et qui dépend de l'indication. Dans le premier cas, la ténuité du syphon ne permet pas au liquide d'avoir une force d'impulsion suffisante. Dans le second cas, je crois qu'il vaudrait mieux, au lieu d'irriter les paupières par l'introduction du syphon, vider la tumeur par la compression, et instiller le liquide dans le lac lacrymal; les points lacrymaux s'en empareraient, et l'auraient bientôt apporté dans le sac lacrymal. Je passe au cathéterisme avec le stylet d'*Anel*. Mince et délié, il ne me paraît propre à remplir aucune indication. En effet, si la muqueuse épaissie bouche le canal, le stylet la traversera, et les parties reviendront sur elles-mêmes, à leur état primitif, quand le stylet sera sorti. Si ses parois sont adhérentes, il les déchirera, fera de fausses routes, ou, ne pouvant vaincre l'obstacle, il pliera. Si l'on admet les mucosités dans le canal, sa pointe déliée les traversera sans les déplacer, et le chirurgien s'exposera, sans espérance d'heureux résultats, à une opération douloureuse pour le malade, et qui peut être suivie d'accidens.

Je passe aux moyens applicables à la tumeur et à la fistule lacrymales; d'après leur multitude, on pourrait croire à une thérapeutique féconde en heureux résultats; mais cette abondance est elle-même une preuve de pauvreté; car chaque praticien, peu content des moyens de ses prédécesseurs, en a inventé de nouveaux, ou a modifié ceux qui existaient souvent sans plus de bonheur. Les divers moyens qu'ils ont mis en usage se rapportent à deux buts : ou ils ont voulu

pratiquer un route artificielle aux larmes, ou ils ont voulu désobstruer leur canal naturel. Je classerai rapidement leurs moyens d'après ces deux grandes divisions, désirant les considérer plutôt sous le rapport de leur analogie entre eux, que sous le rapport de l'ordre chronologique. Les anciens qui n'avaient nulle idée de l'anatomie des voies lacrymales, et qui prenaient la fistule pour une ulcère de mauvaise nature, employaient la cautérisation lente. *Celse* trouvant cette méthode longue et incertaine, conseille l'emploi du feu. Il est possible que quelques résultats heureux furent obtenus, sans doute par la destruction de l'unguis. Lorsque celle-ci n'avait pas lieu, le sac était détruit et un épiphora incurable devait succéder à la fistule. Ce mode de traitement régna pendant l'époque du moyen âge. On lui substitua la perforation de l'unguis. *Woolhouse* passe pour l'inventeur de cette méthode, ou du moins il passe pour l'avoir renouvelée des anciens. Il faisait une incision de quelques lignes sur le sac, et perçait l'unguis avec une tige d'acier. Il introduisait une bougie dans cette ouverture et la remplaçait au bout de quatre jours, par une canule d'or ou d'argent. L'incision du sac se cicatrisait bientôt, et la canule ne tardait pas à tomber dans les narines ou dans l'arrière-gorge, laissant un conduit fistuleux, qui persistait quelquefois, mais qui souvent était suivi de la récurrence, à cause de son oblitération. *Monro* crut en trouver la cause dans la situation peu déclive que *Woolhouse* avait choisie pour pratiquer ce conduit artificiel; en conséquence il se servit d'un instrument contourné en alêne, qui pouvait attaquer l'unguis au fond de la gouttière. Cette modification ne fut pas heureuse; car *Monro*, en la proposant, n'avait pas saisi la véritable cause de la récurrence. Il l'attribuait au peu de tendance qu'avaient les larmes à passer par une ouverture située au dessus du milieu de leur réservoir. *Hunter*, convaincu que le gonflement et le boursofflement de la muqueuse y étaient pour beaucoup, proposa un moyen dont le but était d'emporter en même temps une partie de l'unguis et des membranes qui le recouvrent des deux côtés. Son instrument ressemble à l'emporte-pièce des selliers. Pour prévenir l'enfoncement des parois de

l'unguis, il se servait d'une plaque de corne ou d'ivoire introduite entre l'unguis et le cornet moyen; puis il faisait agir son emporte-pièce par un mouvement de rotation. *Hunter* dit avoir obtenu de cette manière un grand nombre de cures radicales; pourtant ce procédé offre bien des difficultés relativement à l'introduction de la plaque de corne. Comment ne pas briser le cornet moyen qui laisse souvent très-peu d'espace entre lui et l'unguis? Comment appliquer d'une manière égale sa plaque de corne sur l'unguis, dont la position est variable? Le point d'appui étant mal pris, l'enfoncement des parois de l'unguis me paraît inévitable. Sentant la justesse de l'indication de *Hunter* et l'inconvénient de son procédé, *Scarpa*, se proposant le même but, emploie le cautère actuel. Il incise le sac dans sa longueur, le remplit de charpie mollette; au bout de deux jours il lève cet appareil et porte sur l'unguis une canule par laquelle il fait passer un stylet rouge qui traverse l'unguis et les deux muqueuses, qu'il consume d'une manière circulaire. Il panse avec de la charpie imbibée de cérat, après avoir introduit dans l'ouverture une bougie dont il augmente graduellement la grosseur. Ce procédé ne présente pas d'inconvénients relatifs à son exécution, mais la perte de substance n'empêche souvent pas une nouvelle oblitération. Pour rendre ce procédé plus certain, il faudrait peut-être introduire une canule à double plaque, que sa forme rendrait fixe. C'est un conseil analogue que donne *Richter*, qui blâme fortement l'emploi du feu. Il perfore l'unguis, et introduit dans l'ouverture une canule qui se trouve retenue par un col assez mince, surmonté d'une sorte d'entonnoir, qui correspond au sac. La méthode de la perforation de l'unguis est abandonnée, et on ne l'emploie que dans les cas de carie de l'unguis; et la nature alors se charge de l'opération que l'on n'a besoin que de diriger.

Une seconde méthode, restée dans la pratique est celle qui renferme les divers procédés propres à la désoblitération du canal nasal. Le stylet qu'*Anel* employait pour le cathétérisme du canal, suggéra à *Méjan* l'emploi d'un stylet aiguillé, qu'il introduisait par

le point lacrymal supérieur. Il lui faisait traverser le sac lacrymal, le conduit nasal. Son extrémité non aiguillée, arrivée sous le cornet inférieur était ramenée au dehors, au moyen d'une sonde percée de trous, ou de la palette de *Cabanis* de Genève. Le stylet retiré amenait après lui un fil de soie qui servait à introduire un séton, dont on augmentait graduellement la grosseur. Ce procédé offre plusieurs inconvéniens. La ténuité du stylet l'expose à faire des fausses routes, ou à plier au moindre obstacle; il faut une peine infinie pour le retirer, soit avec la sonde percée de trous, soit avec la palette de *Cabanis*. Sa traction cause beaucoup de douleur; le fil de soie qui traverse le point lacrymal supérieur, l'éraille, le coupe, cause des ophthalmies.

Palucci avait modifié le procédé de *Méjan*; il introduisait une canule d'or par le point lacrymal supérieur, et lui faisait parcourir les voies lacrymales. Cette canule livrait passage à un fil que le malade expulsait en se mouchant.

Cabanis, après avoir passé le fil de soie, y attachait inférieurement une canule formée avec un fil d'argent roulé en spirales et recouvert de soie. Le but de ce procédé est d'éviter le renouvellement des mèches, mais l'introduction de la canule est difficile et douloureuse.

Jurine employait une canule un peu courbe terminée par une pointe d'acier susceptible d'être traversée par un stylet boutonné, portant supérieurement un œil garni d'un fil de soie. *Jurine*, faisant une ponction au sac, faisait traverser à sa canule le canal nasal, et retirait le stylet inférieurement. Le reste du traitement était celui de *Méjan*. L'exécution de ce procédé est fort facile, et ne présente que l'inconvénient de déchirer la muqueuse du canal; ce que l'on pourrait éviter, si d'après le conseil de *Sabattier* on incisait d'abord le sac, et qu'on substituât une extrémité mousse à l'extrémité aiguë de la canule.

Je vais m'occuper d'un moyen d'après lequel on tente la désobstruction du canal de bas en haut; je veux parler des injections pro-

posées par *Bianchi* et exécutées par *Laforest*. Ce chirurgien se servait de sondes analogues au cathéter pour la vessie. Il introduisait d'abord une sonde pleine dans le canal nasal, dans l'intention de le désobstruer, et la remplaçait par une sonde creuse, qu'il assujettissait au moyen d'un fil arrêté sous une mouche de taffetas d'Angleterre. Cette sonde restait à demeure plusieurs mois, et conduisait des injections pratiquées tous les jours. *Bianchi* avait conçu cette idée, fort heureuse sans doute si les dispositions anatomiques permettaient d'en tirer parti, et *Morgagni* le premier en démontra quelques inconvéniens. *M. Velpeau*, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, appelle de nouveau l'attention des chirurgiens sur ce point; je ne partage pas son avis, d'après mes propres dissections. Sur vingt fois que j'ai fait la préparation de l'appareil excréteur des larmes, je l'aurais pratiquée une fois sans danger, et avec facilité. Deux cas encore m'auraient présenté quelques chances de succès dans l'état normal; mais il est fort présumable que quand la tumeur ou la fistule existent, l'épaississement de la muqueuse doit obstruer l'ouverture inférieure; de sorte que si le cas existe toujours, ou du moins souvent, tous les cas, ou la plupart des cas, rentrent dans la catégorie des dix-sept suivans, dans lesquels je regarde l'opération comme impossible, à cause de l'étroitesse de l'ouverture, à cause de sa situation latérale, à cause de la situation vicieuse du cornet inférieur. Si dans des cas analogues on veut pratiquer le cathétérisme, qu'arrivera-t-il? L'opérateur mettra de la force pour perforer une membrane épaisse et difficile à déchirer; il parviendra plutôt à briser la paroi mince du maxillaire et à pénétrer dans son sinus. Parmi ces inconvéniens, je n'ai pas rangé la distance qui sépare cette extrémité du canal nasal de l'ouverture de la narine. *M. Velpeau* la fixe à six lignes; si dans ce calcul il range les parties molles, je ne suis pas de son avis, car je l'ai constamment observée à un pouce. Dois-je parler de la direction du canal, qui ne tombe pas sur le plancher des fosses nasales de manière à former deux angles droits, mais deux angles inégaux,

l'un aigu en avant, l'autre obtus en arrière. D'ailleurs il faudrait donner à la sonde une courbure dont la convexité serait antérieure, cette convexité étant celle du canal nasal. Cette disposition est toute opposée dans la sonde de *Laforest*, dont la convexité est en arrière. Cette introduction est aussi difficile que celle d'un mandrin droit dans une sonde courbe ; le brisement des parois osseuses doit en résulter.

Le premier chirurgien qui ait conçu le traitement le plus rationnel pour la fistule lacrymale, est *J.-L. Petit*, dont le procédé modifié par *Desault* et plusieurs praticiens, est resté dans la pratique. Il incisait largement le sac, avec un bistouri de son invention, sur la cannelure duquel il faisait pénétrer une sonde à panaris dans le canal nasal. La cannelure de la sonde servait de guide à un fil de plomb, qu'il remplaçait au bout de six jours par une bougie dont il augmentait successivement le volume.

Une des méthodes employées de nos jours, est une combinaison de quelques procédés dont nous avons parlé. Elle emprunte à *J.-L. Petit* l'incision du sac ; à *Méjan* son séton, à *Anel* ses injections. Voici comment on opère. Le malade étant assis au grand jour, le chirurgien tient comme une plume à écrire un bistouri à lame forte et étroite : il le tient de la main droite s'il opère sur l'œil gauche, et *vice versa*. Il tourne le dos du bistouri vers la racine du nez, pour épargner le tendon de l'orbiculaire ; sa pointe, guidée par l'ongle de l'indicateur de la main opposée, doit plonger obliquement dans le sac ; puis l'opérateur, relevant le bistouri vers la tête du sourcil, pénètre d'un second temps jusques sur le plancher des fosses nasales. Le bistouri sert de conducteur à la sonde à panaris, qui conduit à son tour une canule d'argent, laquelle livre passage à un stylet ou à un ressort de montre dont l'extrémité aiguillée est garnie d'un fil de soie ou de lin.

S'il existe une ouverture fistuleuse, on peut se borner à l'introduction de la sonde à panaris. Si le malade a souffert pendant l'opération, on laisse le fil dans le canal nasal, et l'on ne place le séton qu'après la chute de l'inflammation. Lorsque l'opérateur juge que,

L'époque est venue de le placer, il le forme d'abord de quelques brins de charpie qu'il fait parvenir de bas en haut. Un second fil fixé à la partie inférieure du séton, et caché sous une mouche de taffetas, sert à le retirer quand il faut renouveler le pansement. On augmente successivement la grosseur des mèches, que l'on rend médicamenteuses si les circonstances l'exigent. Une mouche de taffetas couvre la fistule. On assujettit le peloton de fil dans la coiffure du malade, ou mieux encore on noue à chaque pansement un nouveau fil que l'on introduit en retirant la mèche. La durée de ce traitement est de cinq à six mois; il doit être aidé par les injections, soit pendant l'existence du séton, soit après son extraction.

Le procédé de *Scarpa*, qui consiste en une tige de plomb terminée par un renflement qu'il introduit dans le canal au lieu de séton, n'offre pas de résultats plus certains que lui. Il en est de même d'une tige terminée par un crochet dont se sert *M. Demours*. Avant d'indiquer les inconvénients de cette méthode par dilatation, je veux parler de l'introduction d'un canal artificiel dans le canal naturel. Les canules destinées à ce but étaient oubliées, lorsque *M. Dupuytren* les remit en usage avec des modifications fort heureuses. Sa canule est longue de dix à douze lignes, en or ou en argent, plus large en haut qu'en bas, portée par un mandrin qui l'abandonne à volonté. Cette canule offre un bourrelet circulaire en haut; elle est courbe en bas, et taillée en bec de plume aux dépens de la concavité de la courbure. *M. Dupuytren* incise le sac avec un bistouri dont la pointe sert de guide au mandrin revêtu de la canule. Celle-ci est enfoncée en bas jusqu'à ce que son rebord disparaisse au fond du sac; il retire le mandrin et acquiert l'assurance que sa canule est bien placée, si, en faisant faire une expiration au malade, les narines étant bouchées, il voit sortir du sang mêlé à des bulles d'air. La plaie est recouverte d'une mouche de taffetas, et la cicatrisation a lieu du premier au troisième jour.

Comme aucune des méthodes qui sont employées ne sont parfaites, qu'il me soit permis de les passer rapidement en revue. La méthode

par le séton est compliquée, elle exige de l'habitude; car il n'est pas étonnant de voir un chirurgien peu exercé faire labourer la pointe de son bistouri entre l'orbite et le globe de l'œil; souvent il en plonge la pointe au devant, sur l'apophyse montante du maxillaire: ce ne sont, à la vérité, que des accidens qu'il faut attribuer à l'opérateur et non au procédé. Des inconvéniens plus notables sont l'introduction quotidienne d'une mèche dont la traction cause des douleurs vives; l'incommodité et le dégoût des pansemens; l'excessive longueur du traitement. Ces inconvéniens ne seraient rien, si la fistule ne récidivait pas après la soustraction du séton. C'est malheureusement un accident fort commun, et la récidue me semble fort naturelle. La muqueuse, le tissu cellulaire comprimés outre mesure pendant six mois, entre le séton et les parois osseuses contractent une inflammation, qui n'est pas suivie de gonflement, à cause de l'étranglement des tissus; mais, quand l'étranglement cesse à l'extraction du séton, ces tissus se gonflent sans obstacle. La modification de *Scarpa* et celle de *M. Demours*, rendent ce traitement plus commode, mais ne remédient pas au principal inconvénient, celui de la récidue. La méthode de *M. Dupuytren* est séduisante sous les rapports de la simplicité de l'exécution, sous celui de sa commodité pour les malades et de la promptitude de la guérison, quand l'opération n'est pas suivie d'accidens. Or, voici ce que l'expérience a prononcé à cet égard. J'emprunte ces résultats à l'édition de la médecine opératoire de *Sabatier*, publiée sous les yeux de *M. Dupuytren* par *MM. Sanson et Bégin*.

« Sur vingt individus, seize au moins guérissent complètement.
 « Sans que la canule se déplace jamais. Chez deux des quatre au-
 « tres environ, la canule tombe dans les fosses nasales, ou remonte
 « dans le sac; chez les deux autres, on observe souvent de la dou-
 « leur, de l'irritation, des accidens inflammatoires, que l'on calme
 « par les antiphlogistiques, par l'incision du sac et l'extraction de
 « la canule. » Cette extraction est facile au moyen d'un mandrin bi-

surqué, terminé par deux crochets qui s'engagent dans la concavité du renflement de la canule. Ce procédé a moins réussi entre les mains de M. *Nicod*, chirurgien de l'hôpital de Beaujon, et entre celles de M. *Janson*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Quoi qu'il en soit, il est certainement avantageux et préférable au précédent; pourtant, comme d'après les observations de M. *Dupuytren* lui-même, il n'est pas exempt de reproches, il est permis de chercher pour trouver mieux; c'est ce que j'ai fait sans espérer d'avoir atteint ce but.

La méthode que *Ducamp* employait contre les rétrécissemens et les callosités du canal de l'urètre, m'a suggéré l'idée d'un traitement analogue pour la désobstruction du canal nasal. La principale objection faite à *Ducamp* consistait dans le danger qu'il y avait à cautériser ailleurs que sur les parties malades. Ce danger était éludé par son habileté et par la perfection de ses instrumens. Dans le canal nasal se présente-t-il rien d'analogue? Le parallèle des dispositions anatomiques de ces deux conduits est tout à l'avantage du canal nasal; et le cautère, logé dans un tube osseux, ne peut ni dévier, ni intéresser des parties importantes. L'anatomie pathologique du canal nasal vient encore à mon secours. Qu'a-t-on observé après la fistule lacrymale? Un épaissement, un boursoufflement de la muqueuse. L'application du nitrate d'argent, n'est-elle pas propre à remédier à cet état? De plus, tout porte à croire que l'obstacle qui s'oppose au cours des larmes, est situé à la partie moyenne du canal, ou plus bas peut-être; 1.^o parce que cette partie moyenne est la plus étroite; 2.^o parce que la dilatation du sac par l'accumulation des larmes prouve qu'il existe une force qui le dilate, et que cette force qui agit sur les parois résistant du sac lacrymal, doit agir dans tous les sens, et conséquemment sur l'obstacle, quel qu'il soit, qui s'oppose au cours des larmes, et que cet obstacle doit être repoussé en bas. Il résulte de là que la partie obstruée du canal est moins considérable, et que l'obstacle n'ayant que deux ou trois lignes

d'épaisseur , il y a peu de tissu à cautériser , plus de promptitude dans la guérison , et moins d'inflammation à craindre. *Ducamp* établit qu'il ne résulte ni douleur , ni inflammation de l'application du nitrate d'argent sur les callosités du canal de l'urètre ; je ne sais si par analogie je puis en conclure autant.

Pour l'exécution de ce traitement , j'ai fait confectionner le petit instrument suivant. Il se compose d'une canule d'or ou d'argent , longue de trois pouces , d'une ligne et demi de diamètre. L'extrémité de cette canule est taillée en bec de plume comme celle de *M. Dupuytren* , mais elle ne présente pas la courbure de la sienne , n'étant destinée qu'à pénétrer dans le fond de la gouttière lacrymale où commence la courbure du canal. Cette disposition en bec de plume a pour but de pénétrer plus facilement dans le canal nasal , de garantir par son bec les parties qu'on voudrait respecter , telles que la paroi fragile de l'unguis , et je donnerai le conseil de tourner le caustique vers les parois les plus compactes. L'instrument est complété par un stylet de platine , long de cinq pouces et d'une ligne de diamètre. Ce stylet doit traverser librement la canule. Son extrémité inférieure coupée en bec de flûte coïncide avec le bec de la canule. A une ligne au-dessus de cette extrémité se trouve une rainure profonde de trois quarts de ligne , longue de trois lignes , et se prolongeant un peu en haut et en bas sous un rebord du métal. Cette rainure susceptible de contenir un grain de nitrate d'argent , se garnit comme le *porte-caustique* de *Ducamp* ; on la remplit d'abord de nitrate d'argent pulvérisé ; on expose le stylet au calorique ; le nitrate se fond et se moule dans la rainure où il reste assujéti. Si la chaleur à laquelle le stylet est exposé est trop vive , le nitrate se boursouffle dans la fusion , mais on égalise sa surface par le frottement sur un corps raboteux. Le stylet *porte-caustique* engagé dans la canule présente une tige de deux pouces hors de celle-ci. Cette partie saillante porte les divisions du pouce et de la ligne. Lorsque la canule et le stylet sont engagés dans le canal nasal , le nombre de lignes qui

restent sur la tige, indique quelle longueur du stylet a pénétré dans le canal. Ce serait une manière approximative pour savoir quel chemin on a à faire avant de pénétrer sur le plancher des fosses nasales. Au reste, c'est une connaissance qui ne mène à aucun résultat important. Je ne propose pas non plus de prendre l'empreinte du *rétrécissement* ou de l'obstacle, au moyen de la cire à impression. C'est une manœuvre subtile qui ne mènerait à aucun résultat, puisqu'il est indifférent de cautériser sur un point quelconque du canal; du reste, cette opération ne me paraît pas impossible.

Voici comme je me servirais de l'instrument que je propose. Dans le cas de tumeur, je ferais au sac une incision suffisante pour introduire la canule. Dans le cas de fistule, j'agrandirais l'ouverture fistuleuse, si elle est trop étroite; dans le cas contraire, je la respecterais. J'introduirais d'abord obliquement la canule; arrivé dans le sac lacrymal, je la relèverais vers la tête du sourcil, et la ferais pénétrer dans le fond de la gouttière par un mouvement de rotation, le bec tourné contre l'unguis. J'introduirais le stylet en partie ou en totalité, selon la résistance de l'obstacle. Je crois qu'il n'y aurait aucun inconvénient à le forcer. Le stylet ainsi parvenu dans les fosses nasales serait retiré doucement, en cautérisant de bas en haut, circulairement, par des mouvemens de rotation imprimés au stylet. Si l'on veut épargner une paroi du canal, on s'abstient des mouvemens de rotation, et l'on dirige le caustique sur le point qu'on veut atteindre. Je préfère la première manœuvre. Au bout d'une minute, le stylet serait retiré; la canule aurait préservé de la cautérisation le sac et les parties du canal suffisamment larges, et servirait à conduire deux ou trois injections qui laveraient le canal. La canule étant retirée, j'introduirais dans le canal nasal une corde à boyau ou une bougie d'éponge préparée à l'eau ou à la cire. Quelques spirales de fil bien serrées à l'extrémité supérieure de cette bougie, l'empêcheraient d'obéir à la dilatation et de déformer le sac ou l'ouverture fistuleuse. L'extrémité du même fil, cachée sous la mouche de taffe-

tas qui recouvrirait la fistule , servirait à extraire la corde à boyau ou l'éponge. Ces deux corps auraient le triple avantage de servir de dilateurs , de conduire les larmes , et de déterminer une cicatrisation sur des parois suffisamment élargies. Les jours qui suivraient la cautérisation , on renouvellerait les bougies , dont la grosseur serait graduellement augmentée ; on ferait des injections émollientes qui détacheraient l'eschare et calmeraient l'inflammation , que l'on combattrait d'ailleurs par les moyens appropriés. Quatre jours après la première cautérisation , on en ferait une autre de la même manière ; ce serait sans doute la dernière. On continuerait l'usage de l'éponge et des injections ; enfin , on les supprimerait quand on présumerait la cicatrisation de la muqueuse opérée , et l'on provoquerait l'adhésion des bords de la fistule.

Si l'instrument que je propose paraît compliqué , quoique je le juge fort simple , on pourrait le remplacer , mais d'une manière un peu désavantageuse , par une canule simple et un stylet d'argent dont on salifierait l'extrémité en la plongeant dans de l'acide nitrique. On obtiendrait spontanément une couche de nitrate d'argent sur l'extrémité de ce stylet , qui servirait à la cautérisation. Au défaut de canule , on se servirait du canon d'une plume d'un diamètre convenable.

Quoique les faits me manquent , me sera-t-il permis de réfuter à l'avance deux objections qu'on peut me faire. Que doit-on redouter ? 1°. Une inflammation vive. Pour répondre à cette objection , je rappellerai le mode de traitement que *Scarpa* met en usage dans ce qu'il appelle le troisième et le quatrième degrés de la fistule lacrymale. Dans le premier de ces deux cas , il emploie la cautérisation lente sur le sac ; dans le second , il emploie le stylet rouge. Jamais les accidens inflammatoires n'ont engagé *Scarpa* à renoncer à ce mode de traitement ; il se contente de les combattre par des moyens appropriés. 2°. On peut objecter la crainte d'une récurrence. Tout porte à croire qu'une nouvelle oblitération ne peut avoir lieu , les tissus

étant détruits , et une muqueuse accidentelle adhérente aux parois osseuses remplaçant la muqueuse épaissie ou boursoufflée que le caustique a consumée.

L'absence des faits doit me rendre sobre d'hypothèses ; aussi je me borne à celles qui me semblent les plus positives , et qui se trouvent aussi les plus concluantes ; enfin , si les choses se passaient ainsi que je le présume , ce traitement serait simple , d'une longueur fort limitée , et suivi d'une cure radicale.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Si quis sanguinem aut pus mingat, renum aut vesicæ ulcerationem significat. *Sect. 4, aph. 75.*

II.

Duobus doloribus simul obortis non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect. 2, aph. 46.*

III.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect. 8, aph. 6.*

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect. 1, aph. 6.*

V.

Senes facillimè jejuniū ferunt : secundò, ætate consistentes ; minimè, adolescentes : omnium minimè, pueri ; ex his autem qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid., aph. 13.*

VI.

Qui sanguinem spumosum expuunt, iis ex pulmone talis rejectio fit. *Sect. 5, aph. 13.*

PHILOSOPHICIS APOLOGIIS

Si quis sanguinem aut pus mingat, renem aut vesicam ulceratis-
nem significat. Sect. 4. aph. 75.

II.

Duos dolores simul oportet non in eodem loco, vehementior
obscurat alterum. Sect. 2. aph. 46.

III.

Quae medicamenta non sanant, ea ferunt sanat; quae ferunt non
sanant, ea ignis sanat; quae vero ignis non sanat, ea insanabilia
existimare oportet. Sect. 8. aph. 6.

IV.

Cum morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimis viis uti ne-
cess est. Sect. 1. aph. 6.

V.

Senes facillime seipsum ferunt; secundo, etate constantes;
minime, adulescentes; omnium minime, pueri; ex his autem qui
inter ipsos sunt astrictiores. Ibid. aph. 13.

VI.

Qui sanguinem spumosum expunt, his ex pulmone talis rejectio
fit. Sect. 5. aph. 13.